



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MYRNA DEL CARMEN RODRIGUEZ ACAR** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Myrna del Carmen Rodriguez Acar**

Correo electrónico institucional: **microdriguez@cersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Fecha: **18 de Mayo de 2020**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Domicilio del empleo, cargo o comisión: **México**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **dr. Vertiz**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro Dermatologico Pascua**

Número exterior: **464**

Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **no**

Colonia/Localidad: **Buenos Aires**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Especialista b**

Código postal: **06780**

Especifique función principal: **Otro - Coordinacion de Medicos**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2004** Teléfono de oficina y extensión: **5555387033 - 214**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Servicio**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Coordinacion de Medicos**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Fecha de ingreso: **30 de Mayo de 2005**

Fecha de egreso: **18 de Mayo de 2021**

Área de adscripción / Área: **Centro Dermatologico Pascua**

Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Servicio**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Coordinacion de Medicos**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Fecha de ingreso: **30 de Mayo de 2005**

Fecha de egreso: **18 de Mayo de 2021**

Área de adscripción / Área: **Centro Dermatologico Pascua**

Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Servicio**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Coordinacion de Medicos**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Fecha de ingreso: **30 de Mayo de 2005**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2019**

Área de adscripción / Área: **Centro Dermatologico Pascua**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **655,884.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **2,600.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **0.00**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **2,600.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO DEVOLUCION SAT

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **658,484.00**